

Parfait MIHINDOU BOUSSOUGOU

Représentation des risques d'accident typiques du milieu hospitalier, leurs causes chez les infirmiers du CHL-Gabon : Approche psychosociale du travail et des organisations

Notice biographique

Parfait Mihindou Boussougou, affilié aux laboratoires de recherche depuis 2008, traite des problématiques de représentations des risques professionnels, de la régulation comportementale et des risques psychosociaux. Sa thèse en cours de rédaction au CURAPP depuis 2011, en psychologie sociale du travail, à l'université de Picardie Jules Verne, à Amiens, sous la direction du professeur L. Baugnet, traite de la représentation des risques d'accident typiques du milieu hospitalier. Celle-ci a pour objectif de contribuer aux progrès de l'évaluation des risques professionnels et de leur prévention afin d'améliorer la santé et la sécurité au travail du personnel soignant.

Résumé

Notre recherche en psychologie sociale du travail porte sur les accidents d'expositions au sang (AES). Les AES sont des accidents liés aux piqûres, coupures et projections biologiques, que les infirmiers encourent lors des pratiques de soins (CARRICABURU, LHUILIER et MERLE, 2008) Ces risques sont flagrants à l'hôpital (en France, 12778 cas d'AES de 2003 à 2009). Bien qu'informés de ces risques, les infirmiers ne respectent pas souvent les règles de sécurité. Le non-respect des règles de sécurité serait à l'origine des AES. Notre recherche se déroule au Gabon.

Abstract

Our research in social psychology in workplace focuses on the AES (accidents due to exposure to blood). These are accidents linked to punctures, cuts and biological projections (CARRICABURU, LHHUILIER et MERLE, 2008), incurred by the nurses during their care practices. These risks are obvious to the hospital (in France, 12778 cases of AES from 2003 to 2009). Although they are well informed of these risks, nurses often do not comply with safety regulations. The non-compliance to safety regulations is at the origin of the AES. Our research takes place in Gabon.

Mots-clés : représentation, risques, protection, infirmiers, hépatite et SIDA.

Keywords : performance, risk, protection, nursing, hepatitis and AIDS.

Introduction

Face aux risques de contamination par exposition au sang lors des soins infirmiers, des pratiques de protection sont enseignées aux infirmiers. Cependant, les accidents demeurent nombreux. Ainsi, entre 2003 et 2009, 12778 cas d'accident d'exposition au sang avaient été dénombrés en France et 4905 cas en Belgique. Au Gabon, ce problème se pose aussi avec acuité. Comment expliquer et donc *in fine* limiter la récurrence de ces accidents ? Nous proposons une analyse de la situation des soins infirmiers à partir des variables suivantes : les manipulations, les instruments, les soins selon les services concernés, le type de patient, la perception du risque et, globalement, les représentations relatives à la situation en fonction du niveau de qualification et du genre des infirmiers. De fait, il ne peut y avoir une application des précautions standard sans danger objectif (HALE et GLENDONT, 1987), alors que la notion de risque se réfère à l'appréciation subjective de celui-ci et concerne l'application des précautions standard (SORNICLE *et al.*, 2009).

Le lien entre représentations et pratiques professionnelles a été mis en évidence par de nombreux chercheurs (ABRIC, 1994 ; FLAMENT, 1994 ; GUIMELLI, 1998 et MOSCOVICI, 1976). Selon ces chercheurs, le lien entre représentations et pratiques professionnelles indique que le sujet applique ses connaissances préalables, à savoir celles créées par ses expériences perceptives antérieures et celles apportées par la culture (JIMENEZ, 1997). Dans cette logique, cette approche appuie l'idée d'un caractère dynamique de la représentation (LOPEZ VAZQUEZ, 2001). Dans la construction de l'opinion à propos d'un risque, nous trouvons aussi des émotions et des connaissances mêlées avec la défense des valeurs et le positionnement social de chaque individu. L'interaction de ces deux dimensions (émotions et connaissances) semble agir dans la représentation du risque, conçue comme un processus dynamique. Ce processus dynamique se transforme au fur et à mesure de l'acquisition de nouvelles connaissances ou expériences. L'hôpital est perçu comme un milieu à risque. Plusieurs auteurs ont mené des travaux sur ce milieu professionnel. Carricaburu, Lhuillier et Merle (2008) se sont intéressés aux risques d'infectiologie concernant les soignants et les soignés, mais jusqu'à ce jour, ces questions n'ont pas été traitées dans le cadre culturel de l'hôpital gabonais.

La présente étude, menée chez les soignants, a permis la construction d'une perception de l'interdépendance entre les représentations du risque infectieux, entre celles du risque pour soi et celles du risque pour le malade. La représentation des risques chez le soignant et le malade n'est pas la même. Le soignant est perçu comme un donneur de guérison. De fait, il ne prend pas souvent en considération la précaution standard. D'autres auteurs (BEGHALI *et al.*, 2008 ; SEIFERT, 2012) se sont intéressés à la contamination avec l'objectif de connaître le degré d'observance des précautions standard par le personnel infirmier et les deux types de pratiques de prévention, formelle et informelle.

Dans des contextes culturels différents, Beghali et ses collaborateurs (2008), ainsi que Seifert (2012) évoquent que les pratiques « passent » par la représentation des risques, laquelle consiste dans la connaissance du risque, dans son analyse et dans l'évaluation de ses connaissances, ce que notre recherche développe.

1. Méthode

1.1. Hypothèse générale

La représentation des risques d'accident d'exposition au sang chez les infirmiers du CHL-Gabon se résume aux maladies à risque, au sang et aux situations à risque. Les champs sémantiques associés à ces variables (maladies à risque, sang et situations à risque) prédisent que le non-respect des précautions standard est lié à une représentation des risques selon le sexe, la qualification et le service.

1.2. Hypothèses opérationnelles

Nos hypothèses sont testées à partir du χ^2 de Bravais Pearson présenté dans nos résultats. Nous présumons que le respect des règles de prévention est fonction de la représentation de la maladie et de la situation à laquelle les infirmiers doivent faire face. Autrement dit, certaines maladies obligent les professionnels de la santé, hommes et femmes, à respecter davantage les règles de prévention.

Nous pensons aussi que le degré de formation pourrait influencer l'application des règles de prévention. A cet effet, nous posons l'hypothèse selon laquelle les infirmiers assistants ont une appréciation du sang différente de celle de leurs collègues infirmiers diplômés d'Etat. En d'autres termes, le respect des règles de prévention est fonction de la représentation du sang et du degré de formation des infirmiers. Il existe donc des risques pour lesquels les infirmiers se sentent obligés de respecter les règles de prévention. A cet effet, nous disons que, face aux situations à risque, il existe, chez les infirmiers des urgences, des services de réanimation et de chirurgie, une appréciation du risque qui accorde des préférences au respect des règles de sécurité. Autrement dit, il existe chez les infirmiers des estimations du risque qui encouragent le respect des règles de sécurité dans les services en question.

2. Population d'étude

Il s'agit de 241 infirmiers (hommes et femmes), âgés entre 20 et 56 ans, ayant une ancienneté professionnelle de 2 à 40 ans, employés au centre hospitalier de Libreville-Gabon et répartis en trois services : le service de chirurgie, celui de réanimation et les urgences.

3. Outils

L'étude a été menée à travers des entretiens non directs (n1 = 60) et à travers des questionnaires (n2 = 181). Les questionnaires étaient composés d'épreuves d'associations verbales à partir de mots inducteurs, suivant la méthode de classement de l'analyse structurale (MUCCHELLI, 1988). Le contenu des entretiens a été analysé avec le logiciel Alceste (analyse hiérarchique et analyse factorielle de correspondance). Le contenu des réponses aux questionnaires a été traité à partir des champs sémantiques associés aux mots indicateurs, ici décrits et croisés avec les variables « sexe », « qualification » et « services » (logiciel sphinx, χ^2).

4. Présentation des résultats obtenus dans les questionnaires

4.1. Evaluation du risque selon la maladie et le sexe

Sexe	Maladies à risque				
	Hépatite	SIDA	VIH	Tuberculose	Cancer
Hommes	2,448	2,949	0,127	0,044	0,765
Femmes	1,092	1,315	0,057	0,020	0,341
TOTAL	3,54	4,264	0,184	0,064	1,106

Tableau n° 1 : répartition des fréquences de l'identification des maladies à risque selon le sexe.

Dans cette section, nous tentons de vérifier si l'évaluation du risque évolue selon la maladie et selon le sexe des infirmiers. L'analyse des données du tableau n° 1 montre que les infirmiers, hommes et femmes, considèrent que le SIDA et l'hépatite présentent davantage de risques de contamination que le cancer ou la tuberculose. Bien qu'ils soient tous d'accord pour dire que certaines maladies comportent plus de risques que d'autres, il existe une différence dans l'évaluation du risque chez ces infirmiers. Cette différence se remarque plus chez les hommes que chez les femmes. La différence constatée dans l'évaluation du risque liée à la maladie entre hommes et femmes est statistiquement significative comme le montre le χ^2 de Pearson : $\chi^2 = 9,151$; $p = 0,001$.

4.2. Evaluation du risque selon la maladie et la qualification

Qualification	Maladies à risque			
	Hépatite	SIDA	VIH	Tuberculose
Infirmier(e)s assistant(e)s [IA]	1,844	0,153	1,261	0,352
Infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat [IDE]	5,270	0,437	3,603	1,007
TOTAL	7,114	0,59	4,864	1,359

Tableau n° 2 : répartition des fréquences de l'identification des maladies à risque selon la qualification.

Le tableau n° 2 nous permet de remarquer que les infirmiers assistants ont tendance à négliger les risques de contamination liés à la maladie. A cet effet, nous voulons savoir si l'évaluation du risque varie selon la maladie et selon la qualification des infirmiers. L'analyse des données du tableau montre que les soignants considèrent l'hépatite et le VIH comme étant les plus grands vecteurs de maladies à risque, devant la tuberculose ou le SIDA. Pour ces infirmiers, certaines maladies comportent donc plus de risques que d'autres. La différence des fréquences présentées dans le tableau est plus marquée chez les infirmiers diplômés d'Etat. En effet, cette différence est significative : $\chi^2 = 13,915$; $p = 0,001$.

4.3. Evaluation du risque selon la maladie et les services

Pour cette évaluation, nous nous sommes intéressé aux services et aux maladies à risque (hépatite, SIDA, VIH et tuberculose). Nous voulons confirmer que l'évaluation du risque varie selon le type de maladie et de service. Pour le service de réanimation, la tuberculose représente une maladie à risque devant l'hépatite, le SIDA et le VIH. Cependant, pour le service de chirurgie et des urgences, ce sont l'hépatite et le SIDA qui caractérisent les maladies à risque, comme nous le présentent les fréquences. Pour la chirurgie : hépatite = 0,320 ; SIDA = 0,418 ; VIH = 0,084 et tuberculose = 1,186. Pour la réanimation : hépatite = 0,314 ; SIDA = 0,008 ; VIH = 0,009 ; tuberculose = 0,285. Et pour les urgences : hépatite = 0,001 ; SIDA = 0,233 ; VIH = 0,306 et tuberculose = 0,000. L'évaluation du risque selon la maladie et selon les services est plus marquée chez les infirmiers du service de chirurgie. Cependant, les infirmiers des urgences sous-estiment les risques de contamination liés à la maladie, en une différence notable au regard de leurs collègues de réanimation et de chirurgie. Cette inégalité examinée dans l'évaluation du risque liée à la maladie entre les infirmiers de trois services est non significative : $\chi^2 = 2,342$; $p = 0,876$.

4.4. L'appréciation du risque selon les variables

« sang » et « sexe »

Pour évaluer le risque dans la présente section, nous avons obtenu les fréquences suivantes. Hommes : liquide = 000 ; biologique = 0,251 ; contamination = 0,909 ; transfusion = 0,394. Et les femmes : liquide = 000 ; biologique = 0,212 ; contamination = 0,768 ; transfusion = 0,333. Nous tentons de savoir, ici, si l'évaluation du risque est fonction de l'appréciation que les infirmiers hommes et femmes ont du sang. Les fréquences présentées montrent que l'appréciation du sang diffère entre les femmes et les hommes. Cette différence constatée dans l'appréciation du risque est non significative : $\chi^2 = 2,867$; $p = 0,412$.

4.5. L'appréciation du risque selon les variables

« sang » et « qualification »

Dans la présente partie, il est question de vérifier si l'évaluation du risque évolue selon la qualification des infirmiers et selon l'appréciation qu'ils ont du sang. Les fréquences obtenues des deux types d'infirmiers (IA et IDE) justifient ce qui précède. Ainsi, nous avons pour les IA : liquide = 0,211 ; biologique = 0,019 ; contamination = 0,233 ; transfusion sanguine = 0,268. Et pour les IDE : liquide = 0,360 ; biologique = 0,033 ; contamination = 0,310 ; transfusion sanguine = 0,457. L'analyse des fréquences montre que les soignants considèrent la transfusion sanguine comme étant le plus grand vecteur des maladies à risque. Les infirmiers assistants et ceux diplômés d'Etat n'ont pas la même appréciation du sang. Cette différence est plus remarquable chez les infirmiers diplômés d'Etat que chez les infirmiers assistants. A cet effet, on observe que les infirmiers assistants ont tendance à minimiser le sang. Cette différence observée dans l'appréciation du risque selon le sang et la qualification est statistiquement non significative : $\chi^2 = 1,889$; $p = 0,574$.

4.6. L'appréciation du risque selon les variables

« sang » et « service »

Pour apprécier le risque, nous sommes parvenu à calculer les fréquences de chaque service par rapport à la variable « sang ». Ainsi, nous avons obtenu pour la chirurgie : liquide = 0,010 ; biologique = 0,558 ; contamination = 0,444. Pour le service de réanimation : liquide = 1,166 ; biologique = 0,087 ; contamination = 3,184. Et pour le service des urgences, liquide = 0,677 ; biologique = 0,736 ; contamination = 4,167. Au regard des fréquences, nous pouvons dire que l'appréciation du risque varie selon les services. Cette variation est plus forte chez les infirmiers du service des urgences. En effet, les infirmiers du service de chirurgie ont tendance à déconsidérer le sang, à la différence de leurs collègues de réanimation et des urgences. La variation constatée dans l'évaluation

du risque liée à l'identification du sang, chez ces infirmiers, est non significative : $\chi^2 = 11,029$; $p = 0,328$.

4.7. Estimation des situations à risque selon le sexe

Nous avons procédé, ici, au calcul de fréquences selon le genre et les situations à risque. Pour les hommes : injection = 0,184 ; piqure = 1,882 ; contamination = 0,002 ; prélèvement = 0,323 ; sang = 0,136. Et pour les femmes : injection = 0,142 ; piqure = 1,446 ; contamination = 0,001 ; prélèvement = 0,248 ; sang = 0,105.

Nous tentons de voir si la prise de risque est estimée en fonction de la situation à risque et du genre des infirmiers. On dirait donc que certaines situations à risque obligent les infirmiers, hommes et femmes, à respecter les règles de prévention. L'analyse des fréquences montre que les professionnels de la santé considèrent la piqure comme une situation à risque exposant le plus à des contaminations. Bien que les infirmiers se représentent tous la piqure comme étant une situation qui les expose le plus à des risques de contamination, il existe un écart dans l'estimation des situations à risque. Cet écart est plus marqué chez les hommes que chez les femmes. L'écart constaté dans l'estimation des situations à risque entre hommes et femmes est non significatif : $\chi^2 = 4,476$; $p = 0,345$.

4.8. Estimation des situations à risque selon les services

Dans cette section, nous tentons d'évaluer le risque de contamination à partir du service et de l'estimation que les infirmiers ont des situations à risque. Pour aboutir à cette évaluation, nous avons procédé au calcul des fréquences. Pour la chirurgie : injection = 0,409 ; piqure = 1,682. Pour la réanimation : injection = 0,190 ; piqure = 0,523. Et pour les urgences : injection = 1,020 ; piqure = 2,804. En effet, l'estimation des situations à risque se distingue selon les services. Cette distinction se manifeste davantage chez les infirmiers du service des urgences. Cependant, nous remarquons que les infirmiers du service de chirurgie ont tendance à déconsidérer les situations à risque, ce qui les différencie de leurs collègues des urgences et de réanimation. En effet, cette différence se laisse voir dans l'estimation qu'ils ont des situations à risque. La différence constatée dans l'estimation des situations à risque entre les infirmiers de trois services est statistiquement significative : $\chi^2 = 6,628$; $p = 0,001$.

5. Brève conclusion des résultats du questionnaire

Nous constatons que les femmes sont plus enclines à la représentation des risques d'AES. Leur attention serait-elle liée au fait qu'elles sont plus nombreuses dans les services ? Ou cela est-il dû au fait qu'elles sont les premières victimes de ces accidents ? Selon le service d'infectiologie du centre hospitalier de Libreville-

Gabon en 2010, 77 femmes contre 12 hommes étaient victimes d'AES. Quant au degré de formation, nous constatons que les infirmiers assistants, hommes et femmes, sont plus attachés à la représentation des risques d'AES. Est-ce le fait qu'ils soient conscients de leur niveau de formation qui les amènerait à mieux intégrer une représentation des risques d'AES ? Car en 2011, toujours selon le service d'infectiologie du centre hospitalier de Libreville-Gabon, 21 IA contre 1 IDE étaient victimes des AES.

6. Présentation des résultats obtenus à partir des entretiens soumis à la méthodologie Alceste

Notre corpus a été analysé en utilisant un paramétrage standard où les valeurs des paramètres ont été prédéfinies en fonction de la taille du texte analysé. Alceste, après avoir découpé le corpus en petites unités textuelles, a effectué deux classifications successives, 66% des unités textuelles du corpus ont été classées (Indice de pertinence) et 34% ont été rejetées de l'analyse. Les unités classées sont réparties en 5 groupes nommés « classes d'énoncés significatifs ». La classe 1 est la plus spécifique, son vocabulaire est le plus homogène, elle représente 9% des unités textuelles classées (6% du corpus initial) et se caractérise par des mots tels que *résultat*, *médecin*, *traitement* et *examen*. La classe 2 représente 34% des unités textuelles classées (23% du corpus initial), ses mots significatifs sont *gant*, *touché*, *palper* et *patient*. La classe 3 représente 16% des unités textuelles classées (11% du corpus initial) ses mots significatifs sont *seringue*, *désadapte*, *bouteille* et *poubelle*. La classe 4 représente 12% des unités textuelles classées (7% du corpus initial), elle est marquée par les mots *hygiène*, *règle*, *hospitalisé* et *microbe*. La classe 5, elle, représente 29% des unités textuelles classées (19% du corpus initial), elle est marquée par les mots *bistouri* et *lame*. A partir de leurs vocabulaires respectifs, nous pouvons dire que les trois premières classes évoquent plus la protection et la prévention, tandis que les deux dernières évoquent le risque et le danger.

7. Présentation des intitulés des 5 classes stables de notre corpus

- Classe 1 : « démarche post-accident ».
- Classe 2 : « respect de précautions standard chez le soignant et le soigné ».
- Classe 3 : « exposition aux risques d'AES ».
- Classe 4 : « prophylaxie contre les risques d'AES ».
- Classe 5 : « instruments de travail forme de dangers pour l'infirmier ».

La classe 2 est la classe la plus caractéristique de notre corpus, elle présente le plus grand nombre d'unités élémentaires dans le corpus (523 unités textuelles, soit 34% du corpus). Les champs lexicaux évoqués par la classe 2 (« *respect de précautions*

standard chez le soignant et le soigné », la classe 1 (« démarche post-accident ») et la classe 4 (« prophylaxie contre les risques d’AES ») renvoient à l’idée que les infirmiers du centre hospitalier de Libreville-Gabon seraient victimes des AES. Les champs lexicaux évoqués par la classe 3 (« exposition aux risques d’AES ») et la classe 5 (« instruments de travail forme de dangers pour l’infirmier ») renvoient à l’idée que les infirmiers du centre hospitalier de Libreville-Gabon travaillent dans un milieu dangereux.

8. Analyse factorielle de correspondance (AFC)

Selon Lescure (2001), l’analyse factorielle de correspondance nous donne une représentation spatiale schématique des relations entre les classes obtenues dans le corpus de l’analyse. Elle met en évidence l’organisation de l’univers des représentations du corpus.



Figure 1 : analyse factorielle de correspondance (AFC).

Sur la figure 1, nous avons des mots appartenant à l’une de nos 5 classes (« démarche post-accident », « respect de précautions standard chez le soignant et le soigné », « exposition aux risques d’AES », « prophylaxie contre les risques d’AES » et « instruments de travail forme de dangers pour l’infirmier »). L’analyse de la représentation des mots montre qu’en se projetant sur l’axe horizontal, représentant 32% du corpus, nous trouvons successivement, de la gauche vers la droite, la classe 2 et la classe 5.

Sur l'axe vertical, représentant 28% du corpus, du bas vers le haut, nous avons la classe 1. Nous remarquons que seules les classes 3 et 4 n'appartiennent à aucun axe du graphique. La classe 2 et la classe 5 appartiennent à l'axe horizontal; cependant, elles sont symétriquement opposées, puisque la classe 2 est présente en dessous de l'axe horizontal et que la classe 5 est au-dessus du même axe. La classe 1, appartenant à l'axe vertical, est présente sur la partie supérieure de cet axe. Cependant, les classes 3 et 4, n'appartenant à aucun axe, sont présentes en dessous de l'axe horizontal. A partir de nos cinq classes nous remarquons que, quand bien même la classe 2 est présente sur l'axe horizontal, elle est très proche de la classe 4.

Cette proximité peut s'expliquer par le fait que le vocabulaire des deux classes renvoie à l'idée que les infirmiers du centre hospitalier de Libreville-Gabon sont quotidiennement exposés aux risques d'AES. Si l'on s'en tient à la projection gauche et droite par rapport à l'axe vertical, nous remarquons que la classe 1, appartenant à l'axe vertical, est projetée du même côté que les classes 2 et 4. Quant aux classes 3 et 5, elles sont situées à gauche de l'axe vertical, malgré le fait que la classe 5 soit présente sur l'axe horizontal, mais au-dessus, et que la classe 3, n'appartenant à aucun des deux axes, soit située en dessous de l'axe horizontal, mais à droite de l'axe vertical comme la classe 5. Le fait que les deux classes (3 et 5) soient situées du même côté de l'axe vertical pourrait s'expliquer par le fait qu'elles évoquent un vocabulaire qui renvoie à l'idée que les infirmiers du centre hospitalier de Libreville-Gabon travaillent dans un milieu dangereux.

9. Brève conclusion des résultats des entretiens

En définitive, la représentation des risques d'AES n'est pas la même chez les infirmiers du centre hospitalier de Libreville-Gabon. Cette représentation varie selon que l'on soit un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) ou un infirmier assistant(e) (IA), du service de réanimation, des urgences ou de chirurgie. Ceci expliquerait le fait que la classe 1 soit dans une « démarche post-accident », la classe 2 dans le « respect de précautions standard chez le soignant et le soigné » et que la classe 3 soit soumise à « l'exposition aux risques d'AES ». Cette observation expliquerait aussi le fait que la classe 4 s'intéresse à la « prophylaxie contre les risques d'AES » et la classe 5 à une attention captive quand il s'agit de l'utilisation des « instruments de travail forme de dangers pour l'infirmier ».

10. Discussion

De la présentation des résultats, il ressort que le risque d'AES est connu des infirmiers du centre hospitalier de Libreville-Gabon. Cependant, le non-respect des précautions standard est constaté chez ces infirmiers. Nous pensons que la prise des risques d'AES se justifie par l'amour qu'ils ont pour leur métier et par le fait qu'ils ont prêté le serment de donner la vie ou l'espoir de guérison

aux patients. Bien que les infirmiers aient prêté serment et qu'ils aiment leur métier, il demeure très important pour eux de respecter les règles établies en vue de se protéger contre les risques d'AES. Selon Rogers (1983), deux processus cognitifs de l'individu, à savoir l'évaluation du risque et l'évaluation de sa capacité à y faire face ou à le gérer, motivent l'individu à la protection. Ainsi, la représentation des risques et des croyances reflète la perception des capacités de l'individu à faire face aux risques (WEINSTEIN, 1988). Pour les infirmiers, le but de leurs tâches est de s'occuper d'un patient afin de lui donner une guérison ou un espoir de guérison. Pour ces derniers, leurs tâches se décrivent comme suit : port des équipements de protection individuelle (EPI), respect des règles d'hygiène et réalisation des soins sur le patient. Ce processus peut être négativement influencé par des risques encourus par les infirmiers du centre hospitalier de Libreville-Gabon lors de la réalisation des tâches ou des pratiques sur le patient : « *lors de la réalisation de nos pratiques, le risque zéro n'existe pas, il est toujours présent* ».

Ce discours engage les infirmiers hommes et femmes, diplômés d'Etat ou assistants. Pour éviter que les risques d'AES ne se transforment en accident, les infirmiers interrogés essaient d'avoir une attention soutenue tout au long de leur travail, en s'assurant qu'ils n'ont pas été victimes d'une piqure, d'une coupure ou d'une projection biologique pendant leurs pratiques. « *Tous les jours qui passent sont pour nous des jours de risques, mais seul Dieu nous protège ; le risque zéro n'existe pas, il est toujours présent* » (infirmiers assistants des trois services). En effet, les infirmiers devraient appliquer rigoureusement la procédure de consignation liée à l'hygiène contre les risques d'AES. Ils doivent donc respecter la description des étapes qui sous-tend la réalisation des pratiques infirmières et l'application rigoureuse des normes de sécurité. En effet, ils doivent fidèlement respecter la procédure des consignes liées à l'hygiène de leur environnement professionnel. Il s'agit ici des infirmiers, hommes et femmes, des trois services et des deux qualifications. Enfin, le discours de ces infirmiers indique les pratiques que ces derniers adoptent afin de prévenir les risques d'accident : l'observation des consignes de sécurité est le *credo* des infirmiers. Ils essaient d'assimiler pour chacune de leurs pratiques, infirmières, les consignes prescrites en matière de prévention des risques, avant la réalisation de chaque tâche. On note donc un certain professionnalisme de la part de ces infirmiers afin d'éviter les AES lors de la réalisation de leurs tâches. Il existe chez les infirmiers une représentation des risques d'AES en lien avec les pratiques de prévention.

Conclusion

Les infirmiers sont unanimes pour reconnaître que leur but est d'administrer des soins. Mais ils doivent s'assurer de ne pas être victimes d'un AES. Les risques d'AES sont les causes des contaminations de l'hépatite (B) ou (C), voire du SIDA chez les

infirmiers. Il ressort de nos résultats qu'il y a un lien entre le respect de pratiques de prévention ou de précautions standard et la représentation des risques d'AES. De ce fait, notre hypothèse générale est vérifiée.

Bibliographie

- ABRIC J. C., 1994, « L'organisation interne des représentations sociales : système central et périphérique », dans GUIMELLI Christian (éd.), *Structures et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, p. 73-84.
- BEGHALI B. et al., 2008, « Respect des précautions standards par le personnel infirmier d'un centre hospitalo-universitaire de l'Ouest algérien », *Société française de la santé publique*, vol. 20, n° 5, p. 445-453.
- CARRICABURU D., LHUILIER D. et MERLE V., 2008, « Quand soigner rend malade : des soignants face au risques infectieux à l'hôpital », *Santé publique*, vol. 20, n° 3, p. 557-567.
- FLAMAENT C., 1994, « Structure dynamique et transformation des représentations sociales », dans ABRIC J. C., *Pratiques sociales et représentations*, Paris : Presses universitaires de France, p. 37-58.
- GUIMELLI C. (éd), 1998, *Agression idéologique, pratiques nouvelles et transformation progressive d'une représentation sociale*, Lille : ANRT.
- HALE A. R. et GLEDONT A. I., 1987, « "Lendont, Individual Behaviour" in the control of danger, industrial safty series », *Elsevier*, vol 2, p. 12-13.
- JIMENEZ M., 1997, « La psychologie de la perception », *Domino*, n° 129, p.125.
- JODELET D., 1993, « Représentations sociales, regard sur la connaissance ordinaire », *Sciences humaines*, n° 27, p. 22-24.
- LESCURE P., 2001, « Analyse de données textuelles et textmining », dans *Société image*, Toulouse : Le Mirail.
- LOPEZ VAZQUEZ E., 2001, « Risk perception intercatons in stress and coping facing extreme risks », *Environnemental Management and Health*, p. 122-132.
- MOSCOVICI S., 1976, « *Social influence and social change toward a theory of conversion behavior, in experimental social psychology* », *London Academic Press*, vol. 13, p. 202-239.
- SEIFERT A. M., 2012, *Prévention des risques de transmission des infections : connaitre les pratiques formelles et informelles du personnel hospitalier*, Laval : FM.
- MUCCHIELLE R., 1998, *L'Analyse de contenu, des documents et des communications*, Paris : Presses universitaires de France.
- SONICLE G. et al., 2009, « Accident d'exposition au sang en réanimation et lors des procédures de circulation extracorporelle », *Réanimation*, vol. 18, n° 5, p. 459-465.
- ROGERS R. W., 1983, « Cognitive and physiological processes a revisited theory of protection motivation », dans CACIOPPO J. T. et PETTY R. E., *Social psychophysiology*, New York : Guildford.
- WEINSTEIN N. D., 1988, « The precautions adoption process », *Health psychology*.